

LES
TUMEURS MALIGNES DU PÉRITOINE
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1921

PAR

Yvon POULAIN

Né à Nantes, le 16 Mars 1875

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseur.</i>
		ESTOR, professeur.		
		ETIENNE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LES
TUMEURS MALIGNES DU PÉRITOINE
CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MEDECINE

N° 140

LES
TUMEURS MALIGNES DU PÉRITOINE
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1921

PAR

Yvon POULAIN

Né à Nantes, le 16 Mars 1875

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		ETIENNE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
	MARGAROT.		GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)	Histoire natur. {	CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. MASSABUAU, professeur, <i>Président</i> .	MM. ETIENNE, agrégé.
ESTOR, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME ET MA FILLE

A MES FRÈRES ET BELLES-SŒURS

Y. POULAIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ ÉTIENNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRALLIÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

Y. POULAIN.

LES
TUMEURS MALIGNES DU PÉRITOINE
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION ET BIBLIOGRAPHIE

Ayant eu l'occasion d'étudier un cas de tumeur maligne du grand épiploon avec généralisation à la séreuse péritonéale, se compliquant même d'un envahissement des ganglions médiastinaux, nous croyons utile, dans une revue générale, de reprendre rapidement la question. Nous nous occuperons uniquement de cette affection chez l'enfant.

Longtemps, sans doute, le cancer a-t-il été considéré comme exceptionnel chez l'enfant. Cependant Gendrin fut le seul à en nier l'existence. En 1851, Lebert en publia un nombre respectable d'observations.

En ce qui concerne le péritoine, nous avons surtout des études se rapportant à l'adulte : Cruveilhier d'abord, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, puis, dans leurs thèses : Fournaire, Galving, Marquis, Lorreyte, Chuquet, Aslanian, Mougird et surtout Vitalien. Sans doute, il y a bien, dans toutes ces observations, quelques cas se rapportant à l'enfant, mais le premier travail important est celui de

Duzan, en 1876. Puis viennent les thèses de Le Vaillant et de Mariage.

En 1908, Steffen rapporte dix observations de tumeurs du péritoine chez l'enfant.

Enfin Luigi Concetti a publié, dans la *Revue d'Hygiène et de Médecine infantile*, tous les cas de lympho-sarcome du mésentère et de l'épiploon recueillis jusqu'alors.

ETIOLOGIE

Ces tumeurs sont rares chez l'enfant : Steffen en cite 10 sur 764 cas. Il y a, en somme, de une à deux tumeurs malignes du péritoine pour cent tumeurs des autres organes.

D'une façon générale, chez l'enfant, le cancer prédomine dans le sexe masculin.

Ces tumeurs sont plus fréquentes dans les cinq premières années de la vie. Elles présentent un maximum vers l'âge de 5 ans et un autre vers celui de 11 ans.

Il est classique de parler de l'hérédité à propos du néoplasme chez l'enfant ; c'est ainsi qu'Hutchinson pense que l'hérédité est manifeste dans la plupart des cancers chez l'enfant. Cependant, si nous feuilletons les différentes observations publiées, nous ne trouvons pas dans la plupart des cas d'antécédents héréditaires.

Le traumatisme est également très fréquemment invoqué et plusieurs observations sont probantes à cet égard. Il peut y avoir une simple coïncidence et non rapport de cause à effet, cependant il convient de reconnaître que le traumatisme, sans être constant, est fréquent. Il y a au moins cause occasionnelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue macroscopique, le péritoine peut être envahi dans toutes ses parties, ou bien au contraire le néoplasme peut se localiser à un seul point de la séreuse. Le tableau suivant, dû à Barbier, en donne une idée :

I. — *Tumeurs primitives :*

Généralisées à tout le péritoine.....	2 cas
Localisées au petit bassin.....	1 —
Localisées à l'épiploon.....	3 —
Localisées au mésentère.....	9 —

II. — *Tumeurs secondaires :*

Généralisées au péritoine.....	2 cas
Localisées au petit bassin.....	2 —
Localisées à l'épiploon.....	3 —
Localisées au mésentère.....	3 —

Ce sont, en général, de véritables tumeurs assez volumineuses allant du volume d'une noisette à celui d'une tête de fœtus, dont la forme est variable, tantôt ronde; tantôt bosselée et dont la consistance est souvent molle. Quelquefois même, ces tumeurs se ramollissent et leurs éléments se transforment en une véritable bouillie.

D'autres fois, on se trouve en présence de la forme infiltrée. Le mésentère lui-même est épaissi. Enfin on peut trouver des nodules disséminés. Ces tumeurs s'accompagnent en général de lésions inflammatoires de toute la séreuse produisant parfois un épanchement ascitique.

On se trouve enfin en présence d'adhérences et de cloisonnements entraînant l'envahissement des organes par le cancer.

Le péritoine étant une formation mésodermique constituée par du tissu conjonctivo-vasculaire, les tumeurs primitives sont des *sarcomes*.

Les sarcomes à cellules fusiformes sont, chez l'enfant, de beaucoup les plus rares. Les sarcomes globo-cellulaires prédominent, les cellules peuvent être soit en amas cohérents ou en nappes diffuses. On trouve tous les intermédiaires entre le sarcome globo-cellulaire proprement dit et le lymphadénome typique.

Une fois constitué, ce sarcome s'étend aux parties saines environnantes, soit de proche en proche, soit à distance.

Quant aux tumeurs secondaires, elles réalisent naturellement la structure du néoplasme qui leur a donné naissance. Les sarcomes sont cependant les plus fréquents.

ETUDE CLINIQUE

Le début de l'affection est assez insidieux. En général, les troubles digestifs, sont les premiers à apparaître : inappétence, dégoût des matières grasses, sensation de pesanteur, parfois vomissements. D'autres fois, les douleurs surviennent dès le début ; ce sont alors des coliques violentes. Souvent tous ces symptômes sont masqués par des troubles de voisinage.

Puis, apparaît l'augmentation du volume du ventre. Ce symptôme est en général suivi de l'amaigrissement s'accompagnant d'œdème malléolaire, de fièvre, de sueurs nocturnes.

On en arrive ainsi à la période d'état. Nous avons d'abord tous les signes du « gros ventre » : thorax évasé, abdomen globuleux, peau amincie, vergetures, ombilic déplissé, etc. Le réseau veineux est constant et très abondant.

La palpation permet de déceler de la douleur, surtout la palpation profonde. Quand il y a de l'ascite, on a la sensation de flot ; quelquefois l'ascite est cloisonné. D'ailleurs « la tumeur peut donner lieu elle-même à une sensation rappelant celle de l'épanchement intrapéritonéal » (Le Vaillant). Si on fait une ponction, on trouve un liquide qui

peut présenter des caractères variables: il est séreux ou hémorragique, ou louche, ou même exceptionnellement chyliforme. Après la paracentèse, l'épanchement se reforme rapidement; il en résulte une cause d'anémie profonde pour le malade, surtout si le liquide est hémorragique.

Outre la présence de l'ascite, la palpation peut nous permettre de sentir des nodosités disséminées dans l'abdomen, masses dures, irrégulières, bosselées, parfois arrondies. Elles ne sont pas mobilisables, leur volume est variable. La percussion révèle de la matité.

C'est au niveau de ces tumeurs que la douleur réveillée par la palpation est la plus vive. C'est là d'ailleurs un symptôme extrêmement variable.

L'état général est rapidement atteint. Le thorax est très amaigri et le malade prend vite un aspect cachectique. Le teint prend une couleur jaunâtre. La peau devient sèche, et l'œdème des membres inférieurs apparaît.

La température est le plus souvent au voisinage de 38° pour s'élever aux approches de la mort. La dyspnée est habituelle. Les troubles digestifs sont fréquents: douleurs au début, constipation et diarrhée, à la fin. A la période terminale, c'est la diarrhée qui prédomine.

Le chiffre des globules rouges diminue et descend jusqu'à 2 millions; par contre, il y a augmentation des globules blancs (15 à 20.000).

L'évolution est très rapide. La durée varie entre trois et cinq mois. La mort survient par cachexie progressive ou par généralisation.

Ce que nous venons de décrire est la tumeur généralisée à toute la surface péritonéale, mais on peut avoir des tumeurs localisées. Les sarcomes de l'épiploon se présentent sous la forme d'une vaste tumeur à siège péri-ombilical. Ces dernières sont souvent assez mobilisables.

Les tumeurs du mésentère sont très douloureuses ; on peut les mobiliser dans le sens transversal, mais pas dans le sens vertical. En les percutant, on perçoit une sonorité à leur surface, due au refoulement de l'intestin devant la tumeur. Tillaux a insisté sur ce dernier signe.

DIAGNOSTIC

En présence d'un enfant présentant un « gros ventre », on doit d'abord éliminer le ventre ballonné dû aux troubles digestifs de l'enfance ou au rachitisme; on élimine ensuite, grâce à la constipation, au vomissement, à la rapidité de l'affection, l'obstruction intestinale aiguë causée par un invagination ou un volvulus.

En présence d'ascite, il faut éliminer les cas où l'ascite n'est qu'un symptôme faisant partie d'un syndrome complet (affection rénale, cardiopathie).

Dans les affections hépatiques, l'ascite est souvent le symptôme prédominant. Deux sortes de cirrhoses évoluent de cette façon: la cirrhose atrophique et la cirrhose syphilitique. Le ventre est aplati et flasque, c'est là vraiment le ventre de batracien. Après une paracentèse, on ne sent pas de nodosités comme dans les sarcomes du péritoine, mais on perçoit une grosse rate. Dans les cirrhoses syphilitiques, on peut trouver d'autres stigmates spécifiques: pemphigus, fissures labiales, coryza, etc.

Mais le diagnostic le plus délicat est incontestablement celui qui consiste à éliminer la péritonite tuberculeuse. Là comme dans les néoplasmes du péritoine, nous trouvons un ventre volumineux à parois lisses avec un réseau veineux développé; une douleur légère à la palpation, la présence de nodosités dans l'abdomen. Dans les deux cas, il y

a une grave altération de l'état général, de la température. La pleurésie peut s'observer dans les deux cas. Cependant dans les tumeurs abdominales, le ventre peut être beaucoup plus gros, et surtout la tumeur a des limites beaucoup plus précises.

La courbe thermique présente, dans la péritonite, des oscillations plus marquées. Mais le grand signe distinctif, c'est la marche de l'affection. En quelques semaines, le cancéreux arrive à un état de cachexie extrême; jamais une telle rapidité n'est constatée en présence d'une péritonite bacillaire. Une ponction exploratrice, suivie d'inoculation d'un cobaye, peut permettre de trancher le diagnostic.

Si on sent la tumeur abdominale, le diagnostic est alors à faire avec toutes les tumeurs abdominales.

Une contraction des muscles droits permet d'éliminer les tumeurs de la paroi. Les néoplasmes du rein donnent des tumeurs qui sont franchement abdominales, mais conservent le contact lombaire. Ils s'accompagnent de troubles de la miction, quelquefois d'hématuries.

On hésitera parfois entre le diagnostic de tumeur péritonéale et celui de tumeur de l'intestin. Les troubles digestifs sont plus marqués, et il y a du sang dans les selles; de plus, l'ascite est très rare.

Enfin, toutes les tumeurs péritonéales ne sont pas des tumeurs malignes. Aussi faut-il éliminer les lipomes et les kystes qui présentent l'aspect clinique des tumeurs mésentériques.

TRAITEMENT

En général, voici ce qui se passe : on fait un diagnostic de péritonite tuberculeuse et on pratique une laparotomie exploratrice. En présence des lésions, on referme le ventre sans intervenir activement. Cependant, quand la tumeur est localisée au mésentère ou à l'épiploon, on peut à la rigueur songer à l'extirpation chirurgicale, mais il faut redouter les adhérences qui rendent l'opération souvent impossible.

Heinricius a enlevé une tumeur de l'épiploon après avoir pratiqué son morcellement. D'ailleurs une récurrence se produisit très rapidement, et le malade succombait quelques mois après l'intervention.

On se bornera donc à faire un traitement médical réconfortant : injections d'huile camphrée à hautes doses, etc.

A l'heure actuelle, on pourrait essayer le radium, bien que son application paraisse peu pratique dans ces cas-là.

Aucune observation de ce genre n'a encore été publiée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite). — Due à l'obligeance de M. le docteur Juge, de Marseille.

G. V..., petite fille de 5 ans. Entrée le 8 novembre 1920. Parents bien portants. L'enfant est née à terme et a eu la rougeole.

Il y a une quinzaine de jours environ que l'enfant accuse des douleurs dans le ventre et présente un peu de fièvre. Cet état général s'accompagne de troubles digestifs (diarrhée).

A l'examen, on est en présence d'une enfant assez bien constituée, mais dont le ventre est distendu. Les veines sous-cutanées sont très dilatées. La palpation n'est pas douloureuse, mais révèle la présence de masses arrondies, dures, dans le flanc gauche. Par contre, sur la ligne médiane, on sent une grosseur mal limitée, mais mate à la percussion.

Le foie, les poumons et le cœur sont normaux.

On pense à une péritonite tuberculeuse.

Deux jours après, le ventre a encore augmenté et, le 14 novembre, on constate que l'enfant maigrit rapidement, les traits sont tirés et de la dyspnée apparaît.

Le 20 novembre, l'état général est très sévère; c'est une

enfant cachectique qu'on a en sa présence. Le volume du ventre s'accroît. La diarrhée devient très intense.

C'est alors qu'on pense, devant cette marche rapide, à une tumeur péritonéale. L'enfant meurt le 28 novembre.

A l'autopsie, on constate la présence d'un liquide hémorragique. Le péritoine et le grand épiploon présentent des masses charnues, bosselées, marbrées de plaques hémorragiques. Dans l'épiploon il y a des noyaux durs, gros comme des noix. Le mésentère est infiltré et le bord supérieur de l'épiploon se limite par une masse dure, sarcomateuse. La lésion a envahi le diaphragme, et toute la chaîne ganglionnaire médiastinale péricardique est envahie.

L'examen histologique a montré une tumeur formée par de petites cellules rondes, régulières, à peu près égales, disposées au sein d'une masse vaguement fibrilleuse. Il y a un assez grand nombre de vaisseaux sanguins, les uns avec une paroi endothéliale, les autres sans paroi, la lumière étant limitée par les cellules sarcomateuses.

OBSERVATION II

Castneil. — in *Marseille Médical*. p. 613. — 1823. — Résumée.

Il s'agit d'un sarcome abdominal généralisé chez un enfant de 14 ans qui a commencé par des troubles digestifs et a évolué très rapidement. A l'autopsie, on trouva tout l'abdomen envahi par des masses énormes d'aspect sarcomateux, plus nombreuses à droite. Le foie était gros et présentait des noyaux secondaires.

OBSERVATION III

Widerhofer in Gerhard. — Handbuch der Kinderkrankheiten 1880. — Résumée.

Il s'agit d'un lymphosarcome du grand épiploon chez un enfant de 2 ans qui, en cinq semaines, présenta une grosse tuméfaction de l'abdomen et du scrotum. L'enfant mourut en quinze jours. A l'autopsie, on trouva un grand épiploon dégénéré en une masse végétante et villose avec des tumeurs glandulaires. Le diaphragme, le médiastin antérieur étaient atteints. Il y avait une grosse tumeur le long du canal inguinal gauche.

OBSERVATION IV

Conforti. — in thèse Bonamy.

Petite fille de 9 ans, opérée le 8 octobre 1905; morte pendant l'opération.

A l'autopsie, on trouve le grand épiploon transformé en une tumeur gris rouge qui s'attache à la grande courbure de l'estomac et au côlon transverse, comprimant le ligament hépato-duodénal. Il y avait des métastases dans le foie et dans la plèvre.

OBSERVATION V

Heinricius. — Centralblatt für Chirurgie. — Résumée.

Enfant de 5 ans, présentant dans l'abdomen une tumeur dure, mobile, du volume d'une petite tête d'adulte. On fit le diagnostic de tumeur abdominale d'origine inconnue.

A l'intervention, on trouve une tumeur de consistance molle, de couleur rougeâtre. On ne peut l'enlever en entier et on est obligé de la morceler pour l'extirper.

L'examen montra un sarcome riche en cellules rondes et en cellules fusiformes.

Deux mois après, on sentit de nouvelles tuméfactions et l'enfant meurt quelques semaines après sa récurrence.

OBSERVATION VI

Woodmann. — The Lancet 1877, p. 87. — Résumée.

Enfant de 5 ans, présentant un ventre distendu, s'accompagnant de douleurs à la miction. La palpation du ventre est douloureuse.

Quelques jours après, on note des vomissements et dix jours après son entrée, le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve un carcinomè médullaire du péritoine, adhérent à la vessie qui est saine. Le centre de la tumeur est ramolli. Dans les reins, on trouve des noyaux secondaires.

OBSERVATION VII

Le Vaillant. — Thèse de Paris.

Il s'agit d'un sarcome encéphaloïde probablement primitif du mésentère s'étant propagé à l'intestin et aux reins, chez un enfant de 5 ans et demi.

L'enfant succomba quinze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une tumeur adhérent à l'angle du côlon transverse et au rein gauche dont la capsule était fortement épaissie.

L'examen histologique prouva qu'on avait affaire à un sarcome encéphaloïde.

OBSERVATION VIII

Stern. — Deutsche med. Wochenschrift 1892, p. 496.

Il s'agit d'un lymphosarcome du mésentère chez un garçon de 11 ans. Le diagnostic reste hésitant entre une tumeur venue du rein ou une tumeur du mésentère.

A l'autopsie, on trouva une tumeur dure, développée entre les deux feuillets du mésentère.

OBSERVATION IX

A. Krupetzky. — Jahrb. für Kinder, n. 44, 1897, p. 468.

Il s'agissait d'un garçon de 7 ans, qui présentait à la palpation de l'abdomen une tumeur bosselée, irrégulière, très dure, peu mobile, siégeant en grande partie au-dessous de l'ombilic. Anémie intense, amaigrissement très rapide. Mort deux mois après. L'autopsie montre un lymphosarcome du mésentère ayant envahi la paroi vésicale et ayant contracté des adhérences solides avec les anses intestinales.

OBSERVATION X

Loumine. — Wracht, 1893, n° 42 p. 1162

Sarcome des ganglions mésentériques chez un enfant de 2 ans. Cet enfant était très amaigri, très cachectique, avec des traces de rachitisme et des adénopathies périphériques multiples. A la palpation, on sentait plusieurs tumeurs assez volumineuses, indépendantes du foie et de la rate non hypertrophiées.

Au bout de treize jours, décès. A l'autopsie, on trouva un sarcome globo-cellulaire. Les ganglions pris formaient des tumeurs dont quelques-unes avaient les dimensions d'un poing d'adulte. Métastases multiples dans le foie, la rate et les reins.

OBSERVATION XI

Hagenbach Buctihard Jahresbericht des Kinderspit. — zu Basel 1901

Il s'agit encore d'un lymphosarcome globo-cellulaire des ganglions mésentériques chez un enfant de 6 ans et demi. On pratiqua une laparotomie exploratrice suivie d'une biopsie qui activa la marche de la tumeur.

OBSERVATION XII

Latrouche. — *Journal de Médecine* de Bordeaux 1904, p. 528.

C'est un sarcome globo-cellulaire du mésentère chez un enfant de 11 ans. Un traumatisme est signalé comme cause occasionnelle. Le début est marqué par des phénomènes abdominaux très douloureux. On sentait à la palpation une tumeur douloureuse plongeant profondément vers la colonne vertébrale.

Au cours d'une laparotomie exploratrice, on tomba sur un épiploon rempli de granulations et de petites tumeurs. Enfin on arriva sur la tumeur qui englobait tout le mésentère avec les anses intestinales qui lui formaient une colerette.

OBSERVATION XIII

Sauto. — *Rev. Soc. Méd. Argentina*, nov.-déc. 1902

C'est un garçon de 4 ans, présentant une augmentation du volume du ventre où l'on palpe une tumeur de consis-

tance élastique. On fait le diagnostic de kyste hydatique du mésentère et on procède à la laparotomie. On tombe sur une masse énorme à laquelle l'intestin adhère en plusieurs points.

A l'autopsie, on trouva une masse lardacée occupant tout le mésentère et à laquelle adhérait une portion de l'intestin grêle qui apparaissait complètement envahi dans ses parois par le néoplasme.

L'examen microscopique montra un sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XIV

Luigi Concetti. — *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1906.

Chez un enfant de 5 ans, sarcome à petites cellules rondes des ganglions mésentériques, propagé à l'intestin avec métastases au foie et aux reins.

De la première apparition des douleurs abdominales, qui fut le premier symptôme prémonitoire, à la mort, il s'écoula seulement deux mois et demi.

C'est une des marches les plus rapides qu'on ait décrites dans les maladies de cette espèce.

OBSERVATION XV

Luigi Concetti, — *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1906, p. 371. —
Résumée.

Encore un sarcome à petites cellules rondes des ganglions mésentériques diffusé à l'intestin avec métastases multiples.

A l'autopsie, le cæcum, le côlon ascendant faisaient corps et adhéraient avec une grosse tumeur du volume

d'une orange, sur une longueur de 20 centimètres à partir de la valvule iléo-cæcale.

On trouvait des masses néoplasiques dans la partie interne de la sixième côte et dans la portion inférieure du sternum jusqu'à l'apophyse xyphoïde. Les reins étaient farcis de nodules métastatiques.

II. — *Observations de tumeurs malignes secondaires
du péritoine*

OBSERVATION XVI

Pépin. — *Journal de médecine* de Bordeaux, 21 juin 1822.

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, ayant deux mois avant son entrée à l'hôpital reçu un violent coup de pied dans le ventre.

Le ventre est volumineux et, à la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une grosse orange, allongée transversalement dans le flanc gauche vers la partie médiane et supérieure de l'hypogastre et se perdant dans le bassin.

A l'autopsie, on trouva une tumeur se composant de deux masses: une masse intestinale et une masse mésentérique. L'examen microscopique constata un sarcome à petites cellules rondes.

Diagnostic: sarcome de l'intestin avec envahissement du tissu et des ganglions situés entre les deux feuillets du mésentère.

OBSERVATION XVII

Bessel-Hagen. — *Virchow's Archiv.* 1885, XCIX

Il s'agit d'un lymphosarcome du jéjunum propagé au mésentère. L'affection se développa chez un garçon de 7

ans, à la suite d'un traumatisme. La mort se produisit quatre mois après. A l'autopsie, on trouva une grosse tumeur de l'intestin grêle du volume d'un poing d'adulte. Le mésentère était infiltré de productions sarcomateuses en forme de cordons qui adhéraient à la tumeur et la rendaient encore plus volumineuse.

OBSERVATION XVIII

Debrunner. — Thèse Turide 1883.

Sarcome primitif de l'intestin grêle ayant évolué en deux mois chez un jeune garçon, et s'étant accompagné de reproductions par métastases dans l'épiploon, les ganglions mésentériques et sacro-lombaires, dans le diaphragme et dans le cœur.

OBSERVATION XIX

Mandelbaum et Liebmann; Mount Sinai, Hosp Rejatr. 1899. — in Concetti.

Sarcome du duodénum chez un garçon de 12 ans, avec masses néoplasiques dans l'épiploon et le mésentère.

On fit une laparotomie exploratrice à laquelle succomba l'enfant huit jours après.

OBSERVATION XX

C. Widerhoffer. — Handbuch ver Kindervirauviheiten; 1880, p. 446. — in Concetti.

Cancer médullaire du péritoine. Carcinome secondaire des reins de forme infiltrée avec des nodules gros comme des noix; infiltration carcinomateuse sur une longueur de 7 centimètres de la portion inférieure de l'iléon.

Nous pensons qu'il s'agit d'un sarcome de l'intestin avec envahissement du péritoine et noyaux secondaires dans le rein.

OBSERVATION XXI

Thèse Reboul, 1904-05.

Sarcome primitif du côlon transverse chez un garçon de 5 ans, avec reproduction dans l'épiploon.

A l'examen microscopique, on trouve un sarcome à petites cellules rondes ayant débuté dans la muqueuse et la sous-muqueuse du côlon transverse.

OBSERVATION XXII

Cernesato. — Padova, 1826, in Concetti.

Lymphosarcome de l'intestin. Infiltration du mésentère. Noyaux dans le mésocôlon transverse et dans les appendices épiploïques du gros intestin.

A l'examen microscopique, on trouva des amas de petites cellules rondes à gros noyaux analogues à des lymphocytes, au milieu d'un fin réseau de tissu conjonctif.

OBSERVATION XXIII

Siegel. — Berlin Klin Woch., 1899.

Sarcome primitif de l'intestin grêle. Opération. Un mois après, récidive dans l'épiploon et les ganglions mésentériques.

OBSERVATION XXIV

Steiner. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, VII, 1864, p. 61, in Concetti.

Cancer alvéolaire du gros intestin chez un enfant de 9 ans. A l'autopsie, on trouva en outre des nodules gris jaunâtre dans le grand épiploon.

OBSERVATION XXV

Demange. — *in thèse* 1874

Lymphadénome de l'appendice iléo-cæcal, généralisation dans les ganglions mésentériques, le péritoine, les reins.

OBSERVATION XXVI

James Duncan. — *Edinburgh Medical Journal*, 1886, p. 1127.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi à l'autopsie duquel on trouva un cancer du petit intestin dans la fosse iliaque gauche. Le mésentère très épaissi était atteint. Les reins présentaient également des nodules cancéreux.

OBSERVATION XXVII

Mariage. — *in thèse* 1894.

Carcinome de l'ovaire chez une fillette de 8 ans s'accompagnant de généralisation à la cavité péritonéale. On avait porté le diagnostic de tuberculose péritonéale. L'examen histologique montra une tumeur épithéliale de l'ovaire généralisée dans la cavité péritonéale et dans les viscères.

OBSERVATION XXVIII

Lewi Donhanser. — Albany médical Annals, janv. 1906.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans opérée pour tumeur maligne de l'ovaire. Très rapidement après, elle fit une récurrence dans le péritoine où on trouve, à l'autopsie, une sarcomatose généralisée avec noyaux et lobules.

OBSERVATION XXIX

Rathery. — in thèse 1870.

Cancer du rein gauche chez une enfant de 2 ans et demi. A droite, il y avait une tumeur située dans le grand épiploon.

OBSERVATION XXX

Eberth. — in Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie von Virchow.

Myome sarcomateux du rein chez une petite fille de 17 mois. Noyaux dans le péritoine diaphragmatique.

OBSERVATION XXXI

Denuce et Rabère. — *Journal de Médecine* de Bordeaux, 26 mai 1907.

Lymphosarcome de l'intestin et du péritoine. Diagnostic posé: tuberculose péritonéale. Intervention. Mort quelques heures après.

OBSERVATION XXXII

Henoch. — Charité Annalen 1880.

Chez un enfant de 11 ans, on trouve un épiploon épaissi avec des masses molles néoplasiques. Des nodules multiples dans l'intestin. Une tumeur mésentérique grosse comme le poing et des nodules dans l'estomac, le gros intestin, le rein, le foie, la vessie.

OBSERVATION XXXIII

Clar.-Oestern Zeitschr. f. Kinderheilk., 1885

Tumeurs multiples de l'abdomen ayant envahi le péritoine, chez un garçon de 3 ans 9 mois.

OBSERVATION XXXIV

Wagner. — in Concetti

Lymphosarcome du péritoine, de l'intestin grêle, du foie et des reins.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes primitives du péritoine chez l'enfant sont toujours constituées par des sarcomes.

Le sarcome globo-cellulaire est le plus fréquent.

II. — Les tumeurs malignes secondaires reproduisent la nature du néoplasme auquel elles sont secondaires.

III. — Sans doute ces lésions sont-elles quelquefois généralisées à la séreuse toute entière, mais le plus souvent elles se localisent à un des replis de la séreuse : mésentère ou épiploon.

IV. — Le diagnostic posé est, en général, celui de tuberculose péritonéale. La laparotomie exploratrice ou l'autopsie ont, dans la grande majorité des cas, fait faire le diagnostic.

V. — Le traitement à opposer est nul, la marche de ces tumeurs étant extrêmement rapide.

Leur volumé et les adhérences qu'elles contractent rendent ces tumeurs inopérables.

Dans les rares cas où une intervention a été tentée, la récurrence fut rapide et brutale.

BIBLIOGRAPHIE

ASLANIAU. — Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse. *Thèse de Paris*, 1894.

AUGAGNEUX. — Tumeurs du mésentère. *Thèse d'agrégation*, 1886.

BOIDIN. — *Maladies du péritoine*.

BONAMY. — *Thèse de Paris*, 1906-07.

CAMUS. — *Thèse de Paris*, 1891-92.

CASTNEIL. — *Marseille Médical*, 1893, p. 613.

CHAUVEAU. — *Thèse de Paris*, 1883.

CHUQUET. — *Thèse de Paris*, 1884.

CLAR. — *Oestern Zeitschr. f. Kinderheilk.*, t. III, 1895.

DEBRUNNER. — *Drei Fälle von Sarkome in Kindesalter*, Zurich, 1883.

DEMANGE. — *Thèse de Paris*, 1874.

DENUCÉ et RABÈRE. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 26 mai 1907.

DUMONT. — *Thèse de Paris*, 1888.

DUNCAN (James). — *Edinburgh medical journal*, 1886, p. 1127.

DUGAN. — Le cancer chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1876.

FOURNAISE. — *Thèse de Paris*, 1872.

GALVAING. — *Thèse de Paris*, 1872.

GEPFER. — Tuberculose du péritoine dans l'enfance. *Archives méd. des enfants*, 1904, p. 467.

GUINON et RENBSAET. — *Arch. médecine enfants*, 1908.

HEINRICIUS. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1898, n° 25, p. 609.

HÉNOCH. — *Charité Annalen*, 1880.

LANCEREAUX. — *Archives générales de médecine*, 1878, p. 574.

LATROUCHE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 juillet 1904, p. 528.

LAVOCAT. — *Thèse de Paris*, 1891-92.

LE VAILLANT. — *Thèse de Paris*, 1880-81.

LORREYTE. — *Thèse de Paris*, 1875.

MARIAGE. — *Thèse de Paris*, 1894-95.

MARQUIS. — Du cancer primitif du péritoine. *Thèse de Paris*, 1873.

MOIZARD et RABÉ. — Lymphadénome de l'intestin chez un enfant de 3 ans.

MOUGIRD. — Cancer du péritoine. *Thèse de Paris*, 1884.

MØQUIHAN. — Kystes du mésentère. *Leeds and West Riding medico-surgical Society*, 30 avr. 1899.

— *British med. journal*, 22 mai.

— *Archives de médecine des enfants*, 1898.

PÉRIER. — *Journal de médecine*, Bordeaux, 21 juin 1892.

PICOT. — *Rev. médic. Suisse romande*, 1883.

RATHERY. — *Thèse de Paris*, 1870.

REBOUL. — *Thèse de Paris*, 1901-02.

SANTOS. — *Rev. Soc. med. Argentina*, nov.-déc. 1904.

SAINT-GERMAIN. — *Revue malad. des enfants*, 1883.

SÉBILEAU. — *Thèse de Paris*, 1889.

SIEGEL. — *Berlin. Klinis. Woch.*, 1899, p. 767, n° 35.

STEFFEN. — *Die malign. Geschwülste in Kindheit.*, 1905.

STERN. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1892, p. 496.

VITALIEU. — *Thèse de Paris*, 1896-97.

WOODMANN. — *The Lancet*, 1877, p. 87.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:
Les Tumeurs malignes du Péritoine
chez l'enfant par Yvon POULAIN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

